



# スタジオ・ロケ地利用依頼書

**Quick  
Location  
Service**

FAX送信先: 03-6904-9195

ご希望ロケ地名			
送信日		年 月 日	
御申込会社名	お申込者		
	ご芳名	携帯	
		会社ご連絡先	
制作責任会社名	お申込者		
	ご芳名	携帯	
		会社ご連絡先	
番組名	制作ジャンル	B: スチール 再現	
放映予定日		A: 映画 ドラマ R指定	
		他( )	
簡単な制作内容・ご予定の撮影シーン			
撮影ご希望日	第1希望	年 月 日( )	: ~ :
	第2希望	年 月 日( )	: ~ :
	第3希望	年 月 日( )	: ~ :
	同行予定人数		人
損害保険	加入済・未加入又は不明	被保険者	申込社・制作責任社・他( )
損傷・事故等全ての責はお申込社様に帰しますので保険加入をお勧めします。			
貴社使用規則に従って使用します。		サイン	
<b>弊社使用規則を必ずご一読頂き、右欄にご署名下さい。</b>			

弊社使用欄			
本社連絡	(FAX TEL メール)	年 月 日	
本社担当者	結果	可 否	
特記事項			